

Su examen médico independiente



Preguntas y respuestas comunes sobre el examen médico independiente.

¿Por qué me programaron un examen médico?

Se le ha programado un examen médico para asegurar que reciba atención apropiada para su lesión de trabajo o enfermedad ocupacional. Se requieren exámenes médicos por cualquiera de las siguientes razones:

- Su médico, empleador o gerente del reclamo ha pedido una evaluación de su condición.
- Necesitamos evaluar el grado de su incapacidad.
- Hay una pregunta sobre la duración o el tipo de tratamiento que Ud. necesita.
- Ud. pidió cerrar, reabrir o que sea aceptado su reclamo.
- Ud. apeló nuestra decisión sobre su reclamo o nos pide que lo reconsideremos.

¿Cuándo será el examen médico?

Ud. recibirá una carta por lo menos 14 días antes del examen programado, indicándole cuando y donde será. Es su responsabilidad de cumplir con su cita.

¿Qué sucede si se necesita reprogramar el examen?

Si Ud. tiene una buena razón para reprogramar su examen y lo notifica al departamento con suficiente tiempo, su reclamo no será afectado. Para establecer otra cita, Ud. tiene que llamar al número provisto en la carta de su cita o a la oficina local de servicios del Departamento de Labor e Industrias más cercano (indicados en la lista al reverso de este folleto) por lo menos cinco días hábiles de trabajo antes de la cita.

¿Tendré que pagar por el examen?

El departamento pagará cualquier costo del examen si usted se presenta y colabora. Si Ud. falta al examen sin una buena razón, sus beneficios de tiempo perdido podrían ser reducidos por una cantidad igual al costo del examen. También podría poner en riesgo otros beneficios.

¿Quién hará el examen médico?

Ud. será examinado por un médico. En algunos casos, varios médicos podrían conducir el examen o una serie de exámenes.

¿Puedo traer un pariente o un amigo al examen?

Si, pero no se le podrá pagar ni reemborsarle los gastos. Si Ud. tiene un examen psiquiátrico, su acompañante no será permitido en el cuarto de examen.

¿Qué sucederá en el examen?

Generalmente, el médico examinador verificará solamente las condiciones aplicables a su reclamo, le hará preguntas con respecto a su historia médica, y revisará la información en el expediente de su reclamo. Podrían sugerirle un tratamiento para que lo intente su médico personal, pero no le van a dar el tratamiento en ese momento.

Su examen podría ser breve. Ud. no debe esperar tener un examen físico completo. Sin embargo, en algunos casos podría ser necesario un examen completo, pruebas de laboratorio y rayos X. Esto lo decidirá el médico examinador.



Su examen médico independiente



Más información y conexión a otros programas están disponibles por el Internet en:

www.LNI.wa.gov/

¿Qué hago si tengo que faltar al trabajo?

Si tiene que perder más de 30 minutos de trabajo (sin pago) para poder atender a su examen médico independiente establecido por el departamento, Ud. podría ser compensado por las horas actuales que perdió. Será reembolsado por el tiempo de trabajo perdido, basado en lo que ganaba por hora cuando fue a su examen. Por favor vea la adjunta solicitud para el reembolso de gastos de viaje y salarios – Examen Médico Independiente (IME).

¿Quién pagará mis gastos de viaje?

En la mayoría de los casos, el Departamento de Labor e Industrias reembolsará los gastos de viaje. Cuando sea necesario, los gastos por comidas, alojamiento, estacionamiento, pasajes de taxi, y las cuotas por transbordadores y puentes, serán reembolsados basados en la tarifa al día del departamento.

Si Ud. viaja para su examen por avión, autobús o tren, póngase en contacto con el centro de servicios del Departamento de Labor e Industrias más cercano a su casa. El departamento le hará los arreglos necesarios para su viaje.

¿Qué tengo que hacer para que me paguen por los gastos del viaje y salario perdido?

Usted debe de completar el formulario adjunto para el reembolso de gastos y sométalo junto con sus recibos dentro del período de un año a partir de la fecha de su viaje. Usted debe firmar el formulario. (Vea las instrucciones del formulario abajo.)

Instrucciones del formulario

Por favor llene el formulario cuidadosamente. Si sometiera información ya sea incompleta o incorrecta, tendremos que regresarle el formulario para que lo corrija. Envíe su formulario completado y sus recibos a:

Department of Labor and Industries
PO Box 44267
Olympia, WA 98504-4267

Para obtener más información

Si tiene preguntas adicionales, por favor llame a nuestra Oficina de Información y Asistencia al 1-800-547-8367 o al centro de servicio del Departamento de Labor e Industrias más cercano.

Los números de teléfono de Labor e Industrias se encuentran en las páginas blancas del directorio telefónico bajo la sección de gobierno, **Washington, State of.**

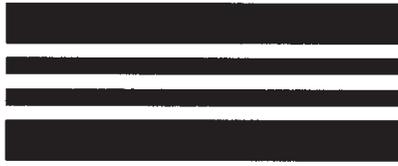
Los centros de servicios están localizados en las siguientes comunidades:

Aberdeen	Everett	Port Angeles	Tumwater
Bellevue	Kennewick	Pullman	Vancouver
Bellingham	Longview	Seattle	Walla Walla
Bremerton	Moses Lake	Spokane	Yakima
Colville	Mount Vernon	Tacoma	
East Wenatchee	Okanogan	Tukwila	

Este documento está disponible en formato alterno para acomodar personas con discapacidades. Para asistencia, llame al 1-800-547-8367. Usuarios de TDD/TYY (aparato especial para las personas con problemas auditivos e impedimentos del habla), por favor llame al (360) 902-5797. El Departamento de Labor e Industrias es un empleador con igualdad de oportunidad.



NO ENGRAPE
EN EL ÁREA
DEL CÓDIGO
DE BARRAS.



Examen Médico Independiente (IME) Solicitud para el reembolso de gastos de viaje y salario

Dept. of Labor & Industries
PO Box 44267
Olympia WA 98504-4267

No escriba
en este
espacio

Información del trabajador lesionado

Nombre del trabajador (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)			Número del reclamo
Dirección residencial del trabajador (no un apartado postal)			Fecha de la lesión
Ciudad		Apartamento	Número de seguro social (sólo para identificación)
Estado		Código Postal	Número de teléfono

Información del viaje



Lea las instrucciones al reverso de este formulario antes de completar esta solicitud.

EJEMPLO

A	B	C	D	E	F
Fecha (Cada viaje)	Código de viaje (uno por línea)	Desde (Ciudad):	Destino (Ciudad):	Número de millas (Viaje de ida y vuelta)	Gastos por comida, hospedaje, pasaje, estacionamiento, salario perdido (Uno por línea)
1.					\$
2.					\$
3.					\$
4.					\$
5.					\$
5.					\$
7.					\$
8.					\$
9.					\$

Reembolso de salarios

Si usted tomó tiempo sin pago de su trabajo para asistir a su examen médico independiente, le reembolsaremos por el tiempo si fue más de 30 minutos. Usted será reembolsado el salario según la tasa por hora que ganaba al tiempo del examen médico independiente. Por favor apunte el tiempo total y salario aquí:

Tiempo que faltó del trabajo para asistir al examen (IME): ___ Horas ___ Minutos Salario por hora al tiempo del examen: \$ _____ (dólares)

Nombre del empleador _____ Número de teléfono del empleador _____
()

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Firma del trabajador (los formularios no firmados serán regresados)

Estos gastos están relacionados con mi reclamo de compensación al trabajador y no he sido reembolsado por ellos. Entiendo que es un crimen someter información falsa.

He leído y entiendo las instrucciones al reverso de este formulario.

Fecha	Firma del trabajador
-------	----------------------

**Lea las instrucciones cuidadosamente antes de completar este formulario.
 ¡ Le podemos reembolsar solamente si el formulario está completo, correcto y firmado!**

1. Use este formulario solamente para los gastos de viaje a un examen médico independiente (IME).
 Si usted viajó por cualquiera otra razón, por favor llame a la línea de asistencia al 1-800-848-0811 para obtener el formulario correcto de reembolso (F245-145-000).

2. Envíe pronto su formulario.
 Solamente podemos reembolsarle si recibimos el formulario completado dentro de 12 meses a partir de la fecha de su examen.

3. Llene cada columna correctamente.

Columna A: La fecha en que viajó (escriba sólo una fecha por línea)

Columna B: En la lista abajo, busque el código que describa sus gastos de viaje (escriba sólo un código por línea)

Por ejemplo, si viajó en su propio vehículo a su examen médico independiente, escriba 0412A en el formulario.

Códigos de viaje para exámenes médicos independientes

0411A Salario total que perdió del trabajo (multiplique las horas perdidas del salario por hora) para asistir a un examen solicitado por el departamento o por una compañía auto-asegurada.

0412A Distancia en millas del viaje en vehículo privado, para asistir a un examen solicitado por el departamento o compañía auto-asegurada.

0402A Estacionamiento (se requiere un recibo por facturas de \$10 dólares o más)

0403A Cuotas de puentes y transbordadores (se requiere un recibo)

0405A Transporte comercial (se requiere un recibo)

0406A Hospedaje (se requiere un recibo)

0407A Desayuno (se requiere un recibo)

0408A Almuerzo (se requiere un recibo)

0409A Cena (se requiere un recibo)

0414A Taxi (se requiere un recibo)

Columna C: Escriba el nombre de la ciudad de donde inició su viaje.

Columna D: Escriba el nombre de la ciudad a donde viajó para su examen médico.

Columna E: Si está cobrando por el viaje, escriba el número total de millas que viajó de ida y vuelta. Se le pagará usando la tarifa actual de reembolso por milla, de acuerdo con la ruta más corta y directa desde su domicilio.

Columna F: ¿Tuvo gastos de comida, hospedaje, pasajes, estacionamiento, y de salario? Anote la cantidad en dólares por cada gasto (use solamente una línea por cada gasto). Tiene que incluir todos los recibos. Envíe fotocopias de sus recibos y guarde sus originales.

Ejemplo:

A. Fecha (Cada viaje)	B. Código de viaje (uno por línea)	C. Desde (Ciudad):	D. Destino (Ciudad, persona que lo recibió):	E. Número de millas (Viaje de ida y vuelta)	F. Gastos por comida, hospedaje, pasaje, estacionamiento, salario perdido (Uno por línea)
1. 9/25/02	0412a	Olympia	Seattle Sr. Smith	60	(Se le pagará usando la tarifa actual de reembolso por milla)
2. 9/25/02	0411a				\$50.00
3. 9/25/02	0402a				\$3.00

4. Envíe el formulario a:
 Department of Labor and Industries
 P.O. Box 44267
 Olympia WA 98504-4267